

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

282

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juillet 1889, à 1 heure

Par HENRI LAINÉ

Né à Elbeuf le 3 février 1865

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE LA

RATE

Président de la Thèse : M. BALL.

Jury : MM. { PETER, professeur.
HANOT, agrégé.
BALLET, id.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL.

Professeurs : MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DAMASCHINO
	{ GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	{ LANNELONGUE
	{ CORNIL.
Anatomie pathologique.....	MATHIAS DUVAL
Histologie.....	DUPLAY.
Opérations et appareils.....	REGNAULD.
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	PROUST.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	N...
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	LABOULBÈNE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	STRAUS.
Pathologie expérimentale et comparée.....	{ SEE (G.)
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ RICHEL.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER

Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des	Rittemont-Dessaignes.
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomiques	A. ROBIN.
BOUILLY.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RECLUS.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REMY.	
DEJERINE.	PEYROT.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MEIS ET AMIEIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALL

Je suis heureux de remercier mes maîtres dans les hôpitaux de Paris et dans les hôpitaux de Rouen, de la bienveillance qu'ils m'ont témoignée pendant tout le cours de mes études.

Je suis tout particulièrement reconnaissant à M. le Docteur Cerné, chirurgien de l'hospice général de Rouen, d'avoir bien voulu mettre à ma disposition l'observation qui fait le sujet de cette thèse.

Merci à mon excellent ami Wagner qui m'a prêté son concours pour la traduction des ouvrages étrangers.

HISTORIQUE

L'histoire des kystes hydatiques de la rate est toute récente. Les observations les plus anciennement connues à ce sujet sont celles rapportées par Lüdersen (1) en 1808 et par Morgagni (2) en 1821.

Morgagni raconte que Mauchart à l'autopsie d'une femme affectée depuis longtemps d'une tumeur de l'abdomen dont on n'avait, pendant la vie, spécifié ni la nature, ni le siège exact, trouva une rate modifiée de la façon la plus étonnante et la plus rare.

La ponction de cette rate donna issue à quatre litres environ de liquide ; le tissu de la rate avait presque totalement disparu. Mauchart n'hésite pas à appeler cette maladie hydropisie de la rate. Il n'est pas douteux qu'il ne se soit trouvé en présence d'un kyste hydatique de cet organe.

Dans les années qui suivent, les Bulletins de la Société anatomique renferment de nombreuses publications à ce

(1) Lüdersen. De Hydatidibus divs. inang. p. Gottingen.

(2) Morgagni. De Sedibus et causis morborum. Tome 6, page. 292.

sujet. Ces publications ne sont en réalité que des rapports sur des présentations de pièces, plus tôt que des observations réelles, car presque toujours le kyste n'est découvert que par hasard à l'autopsie, sans qu'aucun symptôme ait révélé sa présence pendant la vie.

M. Voisin qui, en 1852, présente un de ces kystes considère alors cette affection comme très rare puisqu'il dit dans la séance du 4 mai, que l'on n'en a encore observé que quatre cas : Kystes hydatiques de la rate trouvés seuls ou associés à des kystes de même nature siégeant dans l'abdomen ou le thorax.

En 1860, Davaine, dans son excellent traité des entozoaires, étudie l'origine, le développement et la thérapeutique de ces kystes parasitaires en général; mais ce n'est qu'en 1875, que M. Besnier, réunissant les observations parues à ce sujet, donne une idée exacte de cette affection. (Article Rate du dictionnaire Dechambre).

Mais l'évolution clinique des kystes de la rate est encore fort obscure, c'est pourquoi nous publions l'observation qui nous est personnelle. Nous la rapprocherons de toutes celles que M. Besnier a résumées, en essayant de mettre en lumière son évolution spéciale, évolution que nous n'avons pas retrouvée dans les observations tant françaises qu'étrangères que nous avons pu réunir.

Quant à l'histoire de la thérapeutique de cette maladie, elle fait intimement partie de l'histoire de la thérapeutique des kystes hydatiques en général. Sans entrer dans des détails que ne comporte pas le plan, que nous nous sommes tracé, disons que, depuis la simple ponction, suivie ou non d'injection médicamenteuse, jusqu'à la splé-

notomie (Kœberle), tout a été tenté avec des succès variés.

Dans une récente étude faite par M. Cazanova, et Bousquet (1), tous les traitements sont passés en revue avec leurs résultats. On peut en conclure avec eux que le traitement chirurgical est le seul efficace. Mais la question des méthodes à employer n'est pas encore résolue. Toutefois il n'est pas douteux que grâce aux moyens antiseptiques, une intervention hardie n'offre plus les dangers qu'un chirurgien audacieux n'aurait pas manqué de trouver insurmontables à une époque un peu antérieure à la nôtre.

Rappelons que tout dernièrement, M. Quénu, dans la séance du 10 avril 1889 rapporte à la société de chirurgie, une observation de kyste hydatique de la rate traité avec succès par la voie transpleurale.

Telle est résumé l'histoire de cette affection. Inconnue, ou presque inconnue jusqu'en 1821 ; elle commence par donner lieu à des études anatomo-pathologiques, qui sont bientôt suivies d'observations cliniques de plus en plus complètes. Puis grâce à la grande intervention chirurgicale, la thérapeutique en devient le point le plus intéressant et le plus étudié.

(1) Cazanova et Bousquet. Thérapeutique des kystes hydatiques de la rate. La Revue de chirurgie 1888.

ETIOLOGIE

Il est bien difficile d'établir le degré de fréquence des hydatides de la rate.

D'une part, l'autopsie n'a pas toujours été pratiquée dans les cas de tumeur de l'abdomen de nature douteuse; d'autre part comme il est démontré que nombre d'hydatides de la rate peuvent évoluer sans donner lieu à aucun symptôme, il est probable que quelques-uns d'entre eux sont totalement ignorés.

En outre, tous les cas trouvés à l'autopsie n'ont naturellement pas été publiés.

Jon Finsen en Islande, basant sa statistique sur 255 observations personnelles de kystes hydatiques, avait fixé à 0,78 pour 100 la fréquence relative des hydatides de la rate, par rapport aux hydatides des autres organes. Voici d'ailleurs les chiffres principaux qu'il a fait connaître.

Sur 255 observations de kystes hydatiques, 176 siégeaient dans le foie, 7 dans les poumons, 54 dans la cavité abdominale, 18 dans les autres organes.

Sur les 54 kystes de la cavité abdominale, deux fois seulement le point de départ avait été la rate. Cette statis-

tique, malgré le grand nombre de cas réunis, est aussi incomplète que la nôtre, et pour les mêmes raisons.

Les quelques résultats suivants sont suffisants pour donner une idée de la rareté de cette maladie.

Sur 33 observations d'hydaties de la rate que nous possédons, 33 seulement sont françaises. Or personne n'ignore que les hystes hydatiques du foie et de quelques autres organes sont très fréquents.

Pour le prouver, il ne nous était pas nécessaire de réunir la grande quantité de travaux, de mémoires, d'observations publiés à ce sujet.

De plus ces kystes se développent très fréquemment, parallèlement à des kystes parasitaires situés dans des organes voisins. C'est ainsi que sur nos 33 observations nous n'avons trouvé que 17 fois des kystes isolés de la rate.

Dans les 16 autres cas il y avait en même temps des kystes du foie, du mésentère, de l'épiploon gastro-splénique, du tissu cellulaire sous péritonéo-vésical (1).

Jon Finsen a établi qu'en Islande, les echinoscoques sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Il en attribue la cause au genre de vie des femmes de ce pays, qui dans leurs usages domestiques seraient plus souvent en rapport avec les chiens, et par suite seraient plus exposées à avaler les œufs du Ténia Echinococcus du chien.

M. Besnier (2) fait remarquer que si l'on considère

(1) Vital. In *Gazette médicale de Paris*, 1874.

(2) Article Rate du *Dictionnaire des sciences médicales*.

exclusivement les hydaties de la rate, il faut en France établir la proportion inverse. En ajoutant à la statistique de M. Besnier les nouvelles observations connues, voici les résultats que nous trouvons: sur 28 observations où le sexe est mentionné, nous trouvons les echinocoques de la rate, 17 fois chez l'homme et 11 fois chez la femme. Etant donnée une différence aussi notable sur un nombre de cas aussi restreint, on peut en conclure qu'en France l'hydatide de la rate est plus rare chez la femme que chez l'homme. Nous sommes d'accord sur ce point avec l'opinion plus ancienne de M. Besnier.

En ce qui concerne l'âge, nous avons trouvé des kystes hydatiques de la rate à presque toutes les périodes de la vie. Messieurs Voisin et Duboue en ont rencontré chez les adultes de 14 ans ; dans le cas qui nous est personnel, le malade avait 61 ans. Toutefois il est manifeste que le plus grand nombre de faits observés porte sur des malades ayant de 20 à 30 ans.

Nous laisserons de côté l'étiologie des hydatides en elle-même. Cette étude a été faite bien des fois et depuis longtemps; en particulier par Davaine dans son livre sur les Entozoaires. Elle ne présente d'ailleurs rien de particulier pour le cas spécial qui nous occupe. Leur origine est toujours la même, quoique nous n'ayons pas trouvé chez notre malade d'habitudes le mettant en contact avec des chiens.

Pour quelles raisons, dans certains cas, les hydatides se développent-elles plutôt dans la rate que dans les autres organes ? C'est une question qu'il ne nous est pas donné de résoudre. Malgré un interrogatoire attentif nous n'avons pas trouvé chez notre malade de traumatisme an-

térieur de la région splénique, ni de paludisme, ni de troubles fonctionnels pouvant se rattacher à une lésion splénique ancienne quelconque, jouant le rôle de cause prédisposante à cette localisation rare de l'hydatide.

Terminons cette courte étude en faisant remarquer que les observations sont beaucoup moins nombreuses en Allemagne qu'en France. Dans les travaux des médecins Mecklembourgeois (1) sur les kystes hydatiques, trois cas seulement appartiennent à la rate. Depuis ce travail nous avons trouvé seulement deux autres cas. Donc cette localisation de l'hydatide serait moins fréquente dans ce pays ; ou bien elle y aurait été mal observée et ces kystes auraient passé plus souvent inaperçus dans le pays d'Outre-Rhin qu'en France.

(1) Madelung. Bertrage Mecklembürgischer Aerzte zur Lehre von der Echinokokkenkrankheiten. In cent f. chir, 12 sep. 1885.

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC

La symptomatologie des kystes hydatiques de la rate, est encore bien imparfaite. Cependant nous n'en sommes plus à l'époque où ils passaient tous inobservés pendant la vie, ou il n'était fait mention de ces kystes qu'à l'autopsie, comme en témoignent les nombreuses présentations, de pièces pathologiques faites à la société anatomique ; pièces accompagnées la plupart du temps d'une observation si courte qu'elle n'avait pas permis de faire le diagnostic.

Mais, de l'ensemble des observations éparses dans la science, on a pu enfin tirer une symptomatologie générale suffisante pour permettre, dans bien des cas d'arriver au diagnostic et d'appliquer ainsi un thérapeutique rationnelle qui, grâce à l'antiseptie a donné des résultats favorables. Au début de l'affection, alors que le kyste forme une tumeur que l'on ne peut sentir à la palpation, les symptômes se bornent à quelques douleurs vagues dans la région de l'hypochondre gauche, douleurs quelquefois très peu intenses et qui n'attirent même pas l'attention du malade.

A cette douleur se joignent parfois des troubles du tube digestif très légers, plus ou moins marqués suivant les cas particuliers, qui se montrent peu à peu et dont on ne peut trouver la cause. Ces troubles sont uniquement constitués par une diminution de l'appétit, de la diarrhée ou plus souvent de la constipation, quelques vomissements, une difficulté plus grande de la digestion. Encore ces symptômes sont-ils extrêmement inconstants, et en général, la maladie ne peut être soupçonnée qu'au moment où l'on perçoit par la palpation une tumeur dans l'hypochondre gauche.

Nous arrivons à la seconde période de la maladie. On sent dans l'abdomen une tumeur plus ou moins volumineuse. Comme pour le diagnostic de toute tumeur, il faut résoudre les trois questions suivantes :

Dans quel organe cette tumeur s'est-elle développée?

Est-elle de nature kystique?

Le kyste est-il parasitaire?

Il est bien difficile de toujours répondre catégoriquement à ces trois questions, toutefois voici les signes sur lesquels on pourra s'appuyer pour éviter une erreur.

La tumeur s'est-elle développée dans la rate?

Il faut que nous constations les signes communs à toutes les tumeurs de la rate.

Elle occupe l'hypochondre gauche, ou au moins elle y a pris son origine. Si elle a un certain développement, l'extrémité inférieure de la cage thoracique est déformée à gauche, élargie. Cet élargissement de la base du thorax est quelquefois perceptible à la vue, mais il peut manquer. Alors souvent il est remplacé par une augmenta-

tion de volume de l'abdomen, qui tient à ce que le kyste s'est développé d'avantage en bas.

La palpation fournit d'ailleurs des renseignements importants à ce moment. Elle permet de se rendre compte des dimensions de la tumeur et de ses limites exactes. La tumeur de la rate est immobile en général : Il faut en excepter quelques kystes hydatiques de la rate à forme spéciale, kystes pédiculés et dont le point de départ est en réalité plus tôt le tissu périphérique que la rate elle-même.

La percussion de la région latérale gauche du corps fournit un signe important. La matité normale de la région splénique, est augmentée de tous côtés. En haut elle se confond presque toujours avec la matité précordiale ; elle descend en bas jusque dans la fosse iliaque suivant les dimensions du kyste ; elle s'étend à droite jusque sur la ligne médiane qu'elle dépasse rarement. Alors elle se confond avec la matité du foie et la difficulté du diagnostic est augmentée ; on pourrait être en présence d'une affection du foie dont le point de départ serait le lobe gauche ; ou bien il y aurait un kyste concomitant de cet organe.

Dans la plupart des cas la matité due à une tumeur de la rate est assez nettement séparée de la matité du foie, ainsi que de celle de l'utérus chez la femme.

Un kyste de l'ovaire a donné lieu à une erreur cependant, malgré l'habileté bien connue du chirurgien (1). Dans ces cas le diagnostic est éclairé par le point de dé-

(1) Pean. et Magddani. — Union médicale 1867.

part de la tumeur, la déformation du ventre, l'intégrité des dimensions de la base de la cage thoracique, la matité normale de la région splénique.

Nous dirons avec M. Besnier « que les tumeurs du mésentère sont habituellement médianes mais que leur indolence, leur mobilité, leur permettent de se développer loin de leur point d'implantation et d'occuper la région splénique ou de confondre leur masse avec celle de la rate, ce qui rend fréquent l'erreur possible. »

Une tumeur du rein gauche a été prise quelquefois pour une tumeur de la rate, je n'en donne pour preuve que le cas de M. Potain qui prit pour un kyste de rate une hydronéphrose du rein gauche (1). En général l'absence des troubles urinaires dans les kystes de la rate suffit pour élucider la question.

La tumeur est-elle de nature kystique ? Il suffit pour l'affirmer de constater tous les signes physiques des tumeurs liquides.

Nous ne les décrirons pas. Nous rappellerons seulement que ces tumeurs sont égales, lisses, sans bosselures, dépressibles, molles, fluctuantes. Dans presque toutes les observations la fluctuation était très manifeste.

Le kyste est-il dû aux échinocoques ? — Au premier abord on pourrait croire que l'on possède un élément de diagnostic certain, dans un signe décrit spécialement dans la thèse de Briançon ; le frémissement hydatique. Il n'en est rien et si ce signe est très fréquent dans les hydatides

(1) Potain. — Société des Hôpitaux. 27 mars 1874.

des autres organes, il a presque toujours fait défaut dans les hydatides de la rate. Dans toutes les observations que nous avons étudiées il n'a été signalé d'une façon certaine que trois fois; et dans certains cas il n'était pas typique, observation de Skoda : « le frémissement hydatique de M. Piórny, dit-il, n'existait pas, mais on sentait à la palpation, et on entendait à l'auscultation une sorte de frottement ou bourdonnement.

En outre ce frémissement qui semblait pathognomonique de l'affection a été perçu dans des maladies n'ayant pas pour origine les hydatides, en particulier par M. Potain dans son cas d'hydronephrose d'urein gauche avec frémissement hydatique.

De ce qui précède il résulte que l'on ne peut arriver au diagnostic de la tumeur que par exclusion en considérant les symptômes généraux de l'affection.

Le siège d'une tumeur abdominale ayant été fixé dans la rate, il n'y a guère que quatre cas à examiner : cancer de la rate, kyste séreux, hypertrophie de la rate, ou alors kyste hydatique.

Pour peu qu'un cancer de la rate soit déjà un peu avancé, il donne lieu à l'apparition des symptômes de la cachexie cancéreuse, qui font toujours défaut dans les kystes hydatiques de la rate. M. Grasset a d'ailleurs démontré la rareté du cancer de la rate et surtout du cancer primitif de cet organe. Il se demande même s'il existe; de telle sorte que toujours dans ce cas on doit retrouver le cancer dans un autre organe.

Pour éliminer les kystes séreux, nous ne voyons guère de signe certain que la ponction exploratrice. Nous avons

vu en effet que le frémissement hydatique manque ordinairement dans les hydatides de la rate. De son absence on ne peut donc rien conclure en faveur des kystes séreux. D'autant plus que cette affection est beaucoup plus rare que celle que nous décrivons et que M. Besnier, malgré de nombreuses recherches n'a pu en réunir que six cas dans son article du dictionnaire des sciences médicales. —

Enfin les hypertrophies de la rate de quelque origine qu'elles soient, sont jugées par ce fait que le malade ne présente aucun antécédent de paludisme, de maladie infectieuse, qu'il n'est pas atteint de lencémie.

Si d'ailleurs la rate est augmentée de volume, elle a en général conservé sa forme, qu'il est relativement facile de déterminer par la percussion.

EVOLUTION

Après ce court aperçu sur l'Histoire, l'Étiologie et la symptomatologie de la question, notre but est de faire connaître l'évolution des kystes hydatiques de la rate et en particulier du kyste que nous avons observé et qui a présenté quelques particularités intéressantes.

Un kyste étant abandonné à lui-même, que devient-il? Avant de répondre à cette question avec quelques détails nous croyons qu'il est utile de rapporter l'observation qui nous est personnelle.

ORSERAATION I

P... est un homme âgé de 61 ans, dans le courant de l'année il a fait un séjour de 2 mois 1/2 dans le service de M. le docteur Cerié, chirurgien de l'Hospice-général de Rouen (du 22 mars au 15 juin), pour un phlegmon diffus de la jambe gauche. Voici le résumé de ce qui s'est passé alors : homme bien portant habituellement qui est amené avec une lymphangite diffuse des 2/3 inférieurs de la jambe gauche, affectant les caractères de phlegmon diffus suppuré ou de lymphangite gangreneuse.

Plaques de sphacèle en dehors et en dedans au niveau et au-dessus du coup de pied. Trainées rouges à la cuisse. Le point de départ de la lymphangite paraît être un petit durillon du bord externe du pied.

Début il y a 8 jours environ.

Incision sur les eschares. A peine un peu de pus.

Amélioration considérable. Diminution rapide du gonflement le lendemain.

Le 24 mars. — Erysipèle, marche simple.

30 mars. — Formation de pus intra-dermique vers le milieu du pied. Incision.

Amélioration rapide.

Cicatrisation lente.

Le malade sort guéri le 5 juin.

Pendant tout son séjour il ne s'est plaint d'aucune douleur dans une autre région.

2^e Séjour. — Entré le 20 décembre 88. A la fin de la même année, le malade entre de nouveau dans le service de M. le docteur Cernié pour un anthrax qui s'est montré à l'hypochondre gauche un peu en arrière, près du bord externe du carré lombaire.

On constate dans cette région en effet, une tuméfaction présentant l'aspect d'un petit anthrax du diamètre d'une pièce de 5 francs. La peau semble sur le point de s'ouvrir en écumoir, comme habituellement dans ces cas; seulement la base n'est pas très dure; elle repose sur une peau presque saine; à 10 centimètres de là environ la peau est soulevée sur une petite étendue et manifestement fluctuante en ce point. On pense d'abord qu'il a eu là une lymphangite partie de l'anthrax, avec collection purulente.

Il est indiqué de faire une incision en ce point où la peau est rouge.

Il en sort un pus mal lié et une sorte de peau blanchâtre que l'on prend au premier abord pour du tissu cellulaire sphacélé. Mais en introduisant le doigt dans la cavité, on sent profondément

un orifice qui conduit dans une poche plus profonde, à travers la masse musculaire.

Le doigt retiré, des membranes blanchâtres sortent et on constate que ce sont des vésicules hydatiques, affaissées, accompagnées de liquide clair. Pas de suppuration du kyste. En recherchant d'où provenait ce contenu de kyste, on sent dans la cavité abdominale une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête de fœtus de 7 mois. Tumeur allongée dans le flanc gauche verticalement, descendant dans la fosse iliaque.

La surface est lisse. Elle est depressible. Elle est immobile dans l'abdomen.

La percussion pratiquée à son niveau donne une matité bien nette occupant la région splénique, ne dépassant pas la ligne médiane, se confondant en haut et à gauche avec la matité précordiale.

On délimite facilement le foie qui paraît normal.

Suivant toute vraisemblance, M. le docteur Cernié conclut à un kyste hydatique de la rate.

L'interrogatoire apprend ensuite que depuis longtemps déjà le malade avait parfois des douleurs vagues dans le côté gauche, auxquelles il ne fit jamais attention. (Deux ans environ).

En outre il était très souvent constipé, les digestions étaient difficiles.

Il n'avait jamais remarqué qu'il portait une tumeur assez volumineuse dans l'abdomen. —

Rien à signaler dans l'urine.

Drain double dans la cavité kystique.

Lavages répétés tous les matins.

Pendant 8 jours, il sort chaque jour une grande quantité de vésicules affaissées.

Il n'en sort plus le 2 janvier.

Les suites sont extrêmement simples.

La poche n'a pas suppuré.

En dernier lieu (15 mars) on fait des injections de chlorure de zinc 1/10 afin de rétrécir la cavité.

Le malade sort guéri le 10 avril.

L'état général s'est complètement rétabli; la matité de la région sphénique est redevenue à peu près normale; elle est augmentée presque dans tous les sens.

Dans cette observation on ne peut fixer que très approximativement le début de la maladie. P... ne s'était pas aperçu qu'il portait une tumeur dans l'abdomen. Il était d'une bonne santé en général, mais il dit bien que depuis deux ans environ il avait parfois des douleurs vagues, inconstantes dans l'hypochondre gauche.

Comme troubles du côté du tube digestif, il signale une constipation fréquente qui aurait commencé en même temps que les douleurs. Si nous rapportons ces accidents au début du kyste, nous voyons que ce développement correspond à la moyenne du développement des kystes hydatiques de la rate.

P... est âgé de 61 ans et si le kyste n'est pas fréquent à cet âge, il y a déjà été rencontré.

Or après deux ans d'existence, ce kyste qui s'était toujours développé silencieusement, pour une cause que nous ne pouvons trouver, franchit le plan musculaire qui le sépare de la peau, au-dessous des fausses côtes; en un point qui correspond au bord externe du carré lombaire, une partie de ce kyste fait comme hernie à travers la paroi musculaire pour venir s'étaler sous la peau de cette région. Le kyste se trouve alors constitué par deux loges communiquant entre elles par un orifice assez étroit, comme on a pu le constater par l'introduction du doigt, après l'ouverture de la poche superficielle. Le kyste a la forme

d'un bissac, c'est sa partie antérieure qui donnait lieu à la tuméfaction locale observée près de l'anthrax, tuméfaction manifestement fluctuante qui avait fait croire à un phlegmon de voisinage causé par l'anthrax.

Ce kyste aurait peut-être été méconnu pendant longtemps si sa partie herniée n'avait déterminé sous le peau une inflammation locale présentant les caractères que nous avons décrits et qui avait surtout l'aspect d'un anthrax sans induration à la base.

Il n'est pas douteux d'après ce qui précède, que sans l'intervention, la poche kystique superficielle se serait ouverte spontanément à l'extérieur dans un temps relativement très court et que nous aurions assisté ainsi à l'évolution d'un kyste hydatique de la rate s'ouvrant à la paroi abdominale après une marche toute spéciale.

Parmi les observations de kystes hydatiques de la date que nous possédons, nous n'en avons pas trouvé une seule dans laquelle la marche y soit décrite de cette façon. Peut-être l'observation de M. Degaille publiée dans le *Bulletin de la société anatomique* offre-t-elle quelque analogie avec celle de notre malade; nous l'avons rapportée à la fin de notre travail (obs. 2).

Voici comment le kyste est décrit :

« Tumeur énorme, molle, fluctuante, prise pour un abcès froid; on supposait que l'abcès était dans l'épaisseur des parois abdominales; mais comme il était possible que cette collection fut plus profonde, on se décida à l'ouvrir en plusieurs temps par des applications de potasse caustique. »

Dans ce cas, le kyste était adhérent à la paroi abdominale, il n'y eût point de péritonite, mais le malade mourut d'infection putride.

On voit que cette tumeur donna lieu à la sensation d'une collection purulente comme dans ce cas que nous rapportons, mais à l'autopsie on ne trouva pas de kyste en bissac.

Voici maintenant les résultats fournis par l'examen de 18 kystes dans lesquels il n'a été fait aucune intervention :

Une seule fois, le kyste s'est ouvert dans le colon, observation de M. Brault que nous avons rapportée pour cette raison (obs. 3).

Le kyste s'est vidé une fois par les bronches, ce qui avait fait diagnostiquer une pneumonie, observation de Duroziez. On trouva à l'autopsie une « rate creusée en son milieu d'une vaste cavité remplie d'ichor lie de vin foncé et de flocons de tissus bruns, noirâtres qui paraissent n'être que le parenchyme de l'organe frappé de sphacèle (Voir obs. 4).

Deux fois le kyste a été trouvé à l'autopsie chez des tuberculeux morts de cette affection.

Trois fois des malades porteurs de kystes hydatiques non-souçonnés, sont morts subitement, dont deux fois à la suite d'un traumatisme. Obs. Lafargue (1); et obs. Doubre (2) et une fois à la suite d'une course fatigante chez un soldat. Obs. Malassez et Martin (3).

(1) Lafargue. Gazette des sciences médicales de Bordeaux, 1885.

(2) Doubre. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1874.

(3) Malassez. Bull. Soc anatomique, 1877.

Trois fois la mort a été due à des complications pulmonaires.

Enfin six fois, le kyste silencieux pendant toute son existence n'a produit aucun accident ; il n'a pas paru avoir déterminé la mort et à l'autopsie, on l'a trouvé plus ou moins volumineux, plus ou moins adhérent aux organes voisins ; dans tous ces cas, il ne présentait rien de particulier sauf dans celui de Beauvais où il avait subi la transformation osseuse (1).

En résumé les terminaisons naturelles les plus rares des kystes de la rate sont donc l'ouverture de la paroi abdominale, l'ouverture dans les bronches ou dans le colon. L'ouverture dans les autres organes de l'abdomen n'a jamais été observée. Six fois seulement le kyste ne paraît pas avoir été la cause de la mort.

Une autre remarque importante que nous faisons dans notre observation ; c'est l'existence de cette tumeur volumineuse dans l'abdomen, ne donnant lieu qu'à quelques douleurs vagues, et si peu accusées que le malade n'y fait même pas attention. Ce fait n'est pas rare, comme la symptomatologie de cette affection nous l'apprend, mais il n'en est pas toujours ainsi et la douleur dans l'hypochondre gauche peut accompagner l'évolution du kyste à toutes ses périodes, être tellement aiguë que l'usage des calmants ordinaires ne puisse la faire disparaître. Ces kystes à évolution douloureuse sont très rares. Nous citons à ce sujet l'observation de monsieur le prof.

(1) Beauvais. Société anatomique, 1845.

Skoda, que notre ami M. Wagner, a bien voulu nous traduire (1). Chez ce malade les douleurs ont été telles depuis le début de l'affection qu'elles cédaient à peine au repos et à l'usage journalier de la morphine. Les douleurs étaient permanentes, et s'accompagnaient parfois d'exacerbations très violentes : « quand le malade est dans le décubitus dorsal ou même assis sur son lit, au moment de l'inspiration, il éprouve des douleurs térebrantes, lancinantes, déchirantes et brulantes dans la région de la tumeur et de l'épigastre. Ces douleurs deviennent encore plus vives quand il se couche sur le côté gauche, de telle sorte qu'il lui est impossible de rester dans cette position. Le patient ne peut aussi ni s'asseoir ni se tenir debout parce que les douleurs dans le bas ventre sont augmentées de ce fait. »

On voit d'après ce tableau que contrairement à ce qui s'est passé chez notre malade, c'est la douleur qui est le symptôme dominant de l'évolution de ce kyste.

(1) Skoda. In allgemeine Wiener medig. Zeitung, 1868. Observ. 5.

TRAITEMENT

De ce qui précède il résulte que le kyste hydatique de la rate est une affection grave, qui abandonnée à elle-même peut conduire à la mort. L'intervention est donc de toute nécessité lorsque le diagnostic est fait. Mais comment intervenir? Notre but n'était pas d'étudier le traitement des kystes hydatiques du foie. C'est une question encore très controversée; les observations à ce sujet ne sont pas encore assez nombreuses pour que l'on puisse affirmer la priorité d'un traitement sur l'autre.

Dans leur travail récent, MM. Cisanova et Bousquet (1), ont pris parti pour une méthode qui a certainement donné des succès.

Mais ils n'ont pas examiné toutes les observations.

On a obtenu ainsi des guérisons par la ponction suivie d'injection iodée: guérison rapide, comme on peut le voir dans le cas de Skoda que nous avons traduit.

Enfin qu'il me soit permis de rapporter l'observation d'une malade de M. Leprévost chirurgien des hôpitaux du Havre, où la guérison fut amenée par une simple ponction avec la seringue de Pravaz (1).

(1) Loc. Cit.

(1) Obs, V. Leprévost. *Normandie médicale*.

CONCLUSIONS

Le kyste hydatique de la rate est une affection rare. Il a été trouvé en France plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

Il est quelquefois très douloureux dans son évolution.

Son ouverture à la paroi abdominale est très rare.

Il en est de même de la terminaison par ouverture dans le colon ou les organes voisins.

C'est une affection dangereuse qui nécessite l'intervention.

On ne peut actuellement fixer le meilleur mode de traitement.

OBSERVATION II

Kyste hydatique. (Bull. soc. anatomique, par M. DEGAILLE)

Un homme de 22 ans robuste, doué d'une bonne santé, éprouva des douleurs dans le côté gauche. Bientôt il se produisit dans l'hypochondre gauche une tumeur qui devint énorme. Cette tumeur molle et fluctuante fut prise pour un abcès froid, on supposait que l'abcès était dans l'épaisseur des parois abdominales ; mais comme il était possible que cette collection fut plus profonde on se décida à l'ouvrir en plusieurs temps, par des applications répétées de potasse caustique.

Après plusieurs applications ; M. Robert incise le fond de l'eschare ; dans le liquide séreux qui s'écoula aussitôt en très grande quantité flottaient des lambeaux de membranes tremblotantes qu'on reconnut pour des fragments de vésicules acephalcystes.

L'opération avait été pratiquée le 25 mars. Le malade mourut 12 jours après, avec des signes d'infection putride.

A l'autopsie on trouva dans la rate une énorme cavité ellipsoïde tapissée à l'intérieur d'une membrane hyaline opaque, tremblante, semblable à du blanc d'œuf coagulé. La substance de la rate refoulée en tous sens, adhère au colon, à l'estomac, au foie, et au diaphragme. Au niveau du point où l'application de la potasse caustique a été faite, la face antero-externe de la rate est adhérente à la paroi abdominale ; l'incision n'a pas dépassé les limites de cette adhérence.

Il n'y a aucun épanchement dans la cavité péritonéale.

On n'a pas cherché le frémissement hydatique et on ne peut savoir si ce signe existait, mais l'auscultation pratiquée quelques jours après l'application du caustique révéla un bruit de frotte-

ment péritonéal tout a fait semblable au frottement de la plèvre dans la pleurésie.

OBSERVATION III

(*Société anatomique 1876 p. 673, M. Brault. Int. Service Benjamin Anger. Kyste hydatique ouvert dans le colon.*)

Jal. Philippe, 57 ans, imprimeur, entré à l'hôpital St-Antoine le 18 octobre 1874.

D'après les renseignements qu'il donne le jour de son entrée, son abdomen commence à prendre un certain développement il y a 10 ans environ.

Depuis la tuméfaction du ventre s'accrut progressivement, et sans aucune diminution dans l'intervalle. Un mois avant son entrée à St-Antoine il entra à l'hôpital de St-Denis et là à la suite d'une diarrhée il remarqua une diminution considérable de la tumeur au moment de son entrée, il se présente avec un ventre à peu près uniformément développé comme dans l'ascite. Le développement est tellement considérable que l'ombilic a disparu et que l'appendice typhoïde est subluxé en avant.

La tumeur est lisse sans bosselures ni duretés. Fluctuante d'une façon très manifeste. La matité à la percussion se continue avec celle du foie, mais aussi avec celle de la rate à gauche.

Si l'on percute dans le sens vertical, on trouve que la matité est complète jusqu'à la crête iliaque au niveau de la rate, tandis qu'au niveau de l'ombilic on retrouve la sonorité intestinale, de même à trois ou quatre centimètres au-dessous. Les caractères physiques de la tumeur, son développement leur firent porter le diagnostic : Kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Dix jours après, le 28 octobre, il y a eu par l'intestin une vérita-

ble débâcle. Le ventre diminua très sensiblement de volume, mais la mensuration ne fut pas faite. L'examen des selles ne donna aucun résultat capable de confirmer le diagnostic. Cependant la tumeur avait une matité verticale beaucoup moins considérable au niveau de l'ombilic.

La matité au niveau de la rate était la même et cette persistance de la matité avait fait songer à cette époque à un kyste kydatique de la rate.

Le 5 novembre. — 2^e Débâcle. Depuis le 5 novembre diarrhée incoercible; le malade qui était entré dans le service avec un aspect cachectique s'affaiblit de plus en plus. Des matières liquides sont rejetées continuellement par l'anus; leur examen donne un résultat négatif. Dégoût complet pour les aliments. Douleurs abdominales, mais pas de vomissements, aucun signe de péritonite. Mort le 29 novembre.

Autopsie. — Vaste tumeur située dans l'hypochondre gauche, très adhérente au diaphragme, très adhérente aussi au lobe gauche du foie, mais on peut l'en séparer.

Au contraire la rate est complètement incluse dans la paroi gauche de la tumeur. Il est complètement impossible de retrouver la capsule de la rate; le tissu propre de cet organe semble séparé de la cavité du kyste par une membrane de nouvelle formation dont l'examen histologique n'a pas été fait.

A l'ouverture de la tumeur : sérosité louche assez abondante, fausses membranes et grumeaux, consistance de mastic (hydatides dégénérées).

La tumeur est adhérente au colon transverse mais il est impossible de retrouver l'orifice de communication entre le colon transverse et la tumeur.

Cette observation présente deux points intéressants.

1^o Le fait de son ouverture dans le colon transverse ayant donné lieu à trois débâcles, suivis de l'affaissement de la tumeur.

2° Le fait de l'adhérence au foie. On comprend combien grande devait être sur le vivant la difficulté de choisir et de diagnostiquer soit un kyste de la rate, soit un kyste du foie.

OBSERVATION IV

Kyste hydatique de la rate s'étant vidé par les bronches. (Gazette des hôpitaux 1870), page 386.

Par M. Duroziez, *Société de médecine*, 15 avril 1870.

L..., âgé de 31 ans, fondeur, entre le 8 octobre 1850 et meurt le 24 janvier 1851.

En tête de l'observation nous trouvons : hémiplegie gauche, affection chronique organique du cœur, rétrécissement et insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ; pleuro-pneumonie ; diarrhée, vomissements. Mort.

On verra que l'autopsie a ajouté quelques renseignements et enfin ce n'est que dernièrement en relisant cette observation que j'en ai compris toute la valeur.

Le malade étant donc dans ce service depuis le 8 octobre pour une hémiplegie gauche avec lésion du cœur eut quelques accidents nouveaux.

Le 9 décembre. — A gauche, en arrière, on entendit un souffle énorme dans toute la hauteur.

Le 10 décembre au soir, le malade est un peu moins affaibli ; la fièvre est tombée, le pouls est à 80,60, la chaleur de la peau est modérée ;

30 respirations par minute. Le son est revenu dans le 1/3 supérieur au moins. En bas, la matité reste presque absolue à par-

tir de la fosse sous-épineuse. Le souffle est comme la veille très large, comme métallique et presque amphorique, tout à fait superficiel; le retentissement de la voix est éclatant et ressemble au bruit d'une trompette dont le pavillon serait appliqué sur l'oreille.

Les rales muqueux éclatants constatés la veille et même le matin on en partie disparu; on n'en retrouve quelques-uns que dans les efforts de toux, sans traces de rales crépitants, même dans les inspirations les plus profondes.

Langue changée d'un enduit un peu jaunâtre. Inappétence, pas de selle depuis 3 jours. Ventre assez souple d'ailleurs, peu développé.

Le vase renferme quelques crachats opaques purulents, non aérés, avec des traces d'un mélange de sang altéré, couleur de lie de vin. (On diagnostique une pneumonie).

13 décembre soir — Chaleur fébrile et sécheresse de la peau. Pouls large fluctuant, comme redoublé, sans résistance, à 98. 36 respirations à la minute.

En avant à gauche on entend la respiration dans la moitié supérieur, mais elle est rude, légèrement bronchique et mêlée de quelques rales sanglants et de bruits de soupape. Vers la région précordiale on entend en outre surtout dans l'inspiration des froissements pleuraux. Dans le voisinage de l'aisselle, la respiration commence à devenir soufflante, et le souffle se prononce d'autant plus qu'on se rapproche davantage des parties déclives.

En arrière, il conserve les caractères que nous avons précédemment décrits, et n'a perdu en rien ni de son intensité ni de sa largeur, ni de son caractère superficiel. L'inspiration fait entendre en même temps des rales sous-crépitaux plus ou moins gros, analogues à des gargouillements. La voix retentit comme une trompette. La matité s'arrête à la fosse sous-épineuse; au-dessus la sonorité est assez bonne, de même qu'en avant.

Les efforts de toux font entendre des deux côtés des rales muqueux plus ou moins gros. On trouve quelques crachats purulents jaunâtres, opaques.

Le cœur offre les mêmes particularités que par le passé. Choc énergique précédé et accompagné d'un frémissement très fin dans la région de la pointe. Claquement du second temps très fort, très net dans le 3^e espace intercostal vers le sternum.

On entend au niveau du ventricule gauche, immédiatement avant le choc de la pointe un bruit grave, profond, suivi presque aussitôt d'un souffle prolongé, superficiel, imitant le bruit d'un jet de vapeur, et se prolongeant au-delà de la pointe vers l'aisselle; celui-ci coïncide parfaitement avec la pulsation radiale. Au second temps existe un claquement d'autant plus dégagé et mieux frappé qu'on se rapproche de la base.

14 décembre, soir. — La fièvre est tombée, la chaleur est modérée, le pouls à 90, régulier redoublé.

En avant à gauche même résonnance; pas de râles. En arrière le souffle n'a pas changé non plus que la matité. On entend dans chaque inspiration des bulles qui éclatent comme dans une grande caverne.

Langue chargée d'un enduit très épais, diarrhée abondante; des matières jaunes liquides, s'échappent involontairement à chaque instant.

Le crachoir renferme avec deux crachats opaques des débris d'une substance analogue à du blanc d'œuf cuit, mais qui placée sous l'eau se montre formée d'un certain nombre de feuillets emboîtés sans apparence d'organisation. Il est évident que ce sont des débris d'hydatide.

16 décembre. — Pouls à 96. Chaleur fébrile. Pas de changement du côté des poumons.

21 décembre. — La respiration se fait bien entendre en avant, sans aucun mélange de râles. Pas de crachats ce matin.

En arrière souffle moins métallique et retentissement égophonique.

23 décembre. — Chaleur presque normale. La respiration s'entend en avant, résonnance bonne.

En arrière toujours du souffle avec retentissement éclatant.

26 décembre. — Pas de chaleur fébrile. Le souffle a diminué et le gargouillement est presque nul.

28 décembre. — Pouls 72, 76, parfaitement régulier 20 à 24 respiration.

Le souffle diminue ; un peu de résonnance ; un peu de » brouillement. Le gargouillement presque nul.

9 janvier. — Le souffle a encore diminué.

14 janvier. — Souffle et retentissement de la voix.

23 janvier. — Le malade est plus oppressé que la veille et se plaint de ne pouvoir uriner. Il a eu des vomissements bilieux obsédants. Le pouls est très fréquent et petit. La région hypogastrique rend un son mat jusque vers l'ombilic. Cependant la sonde introduite dans la vessie ne retire qu'une très petite quantité d'urine, ce qui concorde avec les positions affectées par le malade. Le ventre est tendu et douloureux partout à la pression.

Dans la nuit les vomissements se reproduisent et le malade tombe dans le plus profond affaissement.

Il meurt le 24.

Autopsie. — Les poumons et particulièrement le gauche offrent à un certain degré l'altération connue sous le nom de splénisation.

Le poumon gauche présente, en outre, une plaque fibrocelluleuse très bien organisée et assez épaisse autour de son lobe inférieur.

Le cœur est adhérent par des toiles celluluses denses dans la plus grande partie de son étendue ; sa face intérieure n'est libre que dans la région de la pointe où existent des fausses membranes gélatineuses. Les valvules aortiques notablement épaissies surtout sur leur bord libre jouent bien, ferment convenablement l'orifice et n'apportent pas un obstacle notable au cours du sang. Les deux lames de la bicuspidé fortement épaissies et retractées fibrocartilagineuses en quelques points, ne peuvent évidemment se rapprocher par toute l'étendue de leurs bords et présentement par la disposition annulaire, d'où résulte le rétrécissement marqué de l'orifice.

Le péritoine est rempli d'une sérosité louche qui à la fin de l'écoulement se transforme en pus mal lié, hétérogène renfermant une énorme quantité de flocons albumino fibrineux, opaques et mous ou diffluent, quelques-uns sont nuancés de rose lie de vie. Le foie, les reins sont sensiblement normaux.

La rate est creusée en son milieu d'une vaste caverne remplie d'ichor lie de vin foncée et de flocons de tissu brun, noirâtre, qui paraissent n'être que le parenchyme de l'organe frappé de sphacèle; les parois de la caverne sont en partie constituée par le pancréas, l'atmosphère cellulaire du rein, le diaphragme et l'épiploon gastrosplénique.

Dans l'autopsie on voit qu'il n'est plus question de l'hydatide, qui, seule pouvait expliquer toutes les lésions.

La pneumonie n'a jamais existé, on l'a vu; la splénisation se rattachait à la maladie du cœur et à l'épanchement pleural, qui donnait aux bruits bronchiques le timbre amphorique et cavernuleux.

Les crachats ont été couleur lie de vin et évidemment étaient teints par la boue splénique. Il n'est pas douteux que la poche hydatique de la rate après avoir déterminé les adhérences que nous remarquons avec le diaphragme et avec le lobe inférieur du poumon gauche enveloppé d'une plaque cellulofibreuse très bien organisée et assez épaisse ne se soit vidée par les bronches; à l'autopsie il n'y avait plus aucune trace de perforation.

Le cœur a présenté un rétrécissement nitral, et pendant la vie on avait trouvé le bruit grave sur lequel nous avons insisté.

Le cerveau n'a pas été examiné, mais probablement l'hémiplégie était due à une embolie.

En somme, nous avons eu affaire à un kyste hydatique de la rate, qui a fait croire à une pneumonie au 3^e degré; à l'autopsie on ne trouvait plus qu'un sphacèle de la rate.

OBSRVATION V

(In *allgeincime Wiener, mediz Zeitung*). *Echenococcus lienis* (guéri par injections iodiques).

(Clinique de M. le professeur Skoda).

Simon Haskosch, âgé de 46 ans, de Mahren, souffrait de maux de ventre survenant périodiquement depuis 1865, époque à laquelle il avait eu le typhus.

A pâques 1887, survient dans l'hypochondre gauche un accès de douleurs violentes, continuelles, douleurs qui s'étendent en arrière jusqu'aux lombes, et en avant jusqu'à l'ombilic.

Le ventre grossit et il se forme une tumeur que le malade observe seulement lorsqu'elle atteint la grosseur d'une noix; dans la suite elle devint comme une tête d'enfant, à la fin de mai, même lorsque le malade ne faisait que de très courtes tentatives de marche, il ressentait chaque fois une violente douleur dans le haut de la cuisse gauche. Couché tranquillement il souffrait aussi de douleurs lombaires, qui se manifestaient presque tous les jours, quelquefois plusieurs fois par jour.

Le 2 juillet le patient entre à l'hôpital où on lui donne des bains chauds et des bains de vapeur. Il déclare qu'après le 10^e bain, la tumeur de l'abdomen aurait diminué de volume, serait devenue plus dure, et après quelque jours serait devenue telle qu'elle est actuellement.

Les douleurs lombaires seraient devenues insupportables; celles du haut de la cuisse auraient complètement cessé. Comme

les bains de vapeur l'affaiblissaient trop, ils furent supprimés dans la suite et on n'employa plus que les bains chauds. Il en ressentit un soulagement général. Pour lui faciliter le sommeil il eut aussi des injections sous cutanées de morphine.

Le malade n'est pas en état de garder son urine plus d'une demi heure. Les selles et l'appétit sont réguliers, seulement il lui faut manger peu et souvent parceque de grandes quantités de nourriture ingérée en une fois lui occasionnent de vives douleurs de la région splénique et stomacale.

Quand le malade est dans le décubitus dorsal, ou même assis sur son lit, au moment de l'inspiration, il éprouve des douleurs térébrantes, lancinantes, déchirantes et brûlantes dans la région de la tumeur et de l'épigastre. Ces douleurs deviennent encore plus vives quand il se couche sur le côté gauche, de telle sorte qu'il lui est impossible de rester dans cette position.

Le patient ne peut aussi ni s'asseoir, ni se tenir debout parce que les souffrances dans le bas-ventre sont augmentées de ce fait.

Etat actuel. — Le malade de taille moyenne, très affaibli est d'une ossature frêle, d'une musculature peu développée.

Son visage exprime la souffrance, la langue est humide un peu élargie. Pas d'élévation de température.

Le thorax est un peu élargi à la base ; cependant on ne remarque pas d'augmentation de l'un ou l'autre *flanc*.

Le bas-ventre est tellement gonflé au-dessous de l'hypochondre que dans sa plus grande circonférence, au-dessous de l'appendice typhoïde, il mesure 32". La percussion et l'auscultation du poumon et du cœur n'accusent rien d'anormal. Les battements du cœur cependant sont éloignés. Leur son est faible mais nul. Ils sont plus perceptibles vers la ligne médiane.

La limite du foie dans la ligne mamillaire se trouve à environ 7" au dessous du bord des côtes. Le lobe gauche du foie ne se laisse pas facilement déterminer.

La rate s'étend depuis le bord de la 8^e côte jusqu'à la crête ilia-

que à environ un pouce de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

A hauteur de l'hypochondre gauche et sur le côté de la ligne médiane du corps se montre une enflure considérable dont la plus grande convexité se trouve comprise entre deux lignes, dont l'une va de l'hypochondre gauche à l'ombilic, l'autre de l'appendice xyphoïde à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Par la palpation on trouve que cette tumeur n'a pas seulement la grandeur indiquée, mais qu'elle descend vers la gauche à une ligne au dessous de l'ombilic et qu'elle dépasse à droite la ligne médiane d'une ligne $1/2$. Le bord de la tumeur forme à la périphérie inférieure une crête assez saillante, qui vers l'ombilic présente une rainure manifeste qui devient vers le haut plus confuse et ne se laisse plus palper d'une façon aussi précise.

La tumeur semble autant qu'on peut s'en assurer par une forte dépression se continuer assez loin dans la profondeur.

Sur toute l'étendue de la tumeur matité absolue à la percussion. Tympanisme sur les bords.

Au point le plus élevé de la tumeur, on trouve bien à la palpation une sorte de frottement; mais on ne peut découvrir un véritable frémissement hydatique.

De même il reste à démontrer une véritable fluctuation.

Lorsque le patient fait une forte inspiration et que l'on met la main sur le bord de la tumeur, on sent manifestement qu'elle s'abaisse; c'est ce qu'indique ainsi la percussion si dans une profonde inspiration, on recherche également la limite supérieure de la tumeur, on voit que la matité est abaissée.

Par l'auscultation ainsi que par l'apposition de la main on entend et on sent une sorte de frottement.

Quand le malade change de position, la tumeur ne se déplace pas, la matité reste la même.

Tel est l'état au 21 octobre 1867.

Diagnostic. — Ce ne sont pas les symptômes subjectifs de cette tumeur qui conduisent au diagnostic, mais les signes accidentels.

En voici les raisons, les échinocoques habitent ordinairement un organe pendant des années, avant qu'ils puissent seulement être soupçonnés : ils croissent lentement et le manque de douleur ou leur apparition tardive n'attirent pas suffisamment l'attention de ce côté. Atteignent-ils un volume notable, alors apparaissent la dyspnée, l'oppression, la constriction du bas ventre et toutes les autres manifestations qui caractérisent les tumeurs de la rate.

Nous omettons ici les manifestations subjectives déjà décrites plus haut, ainsi que la palpation et l'inspection qui ont fait reconnaître certainement une tumeur.

Nous verrons plus loin que M. le Prof. Skoda est amené au diagnostic Echinocoque. Les parois sont souples et la tumeur est fluctuante. Le manque ou l'existence du frémissement hydatique de Pirry n'a pas une grande valeur, car il se présente aussi souvent dans le kyste de l'ovaire et l'ascite que dans les Echinocoques.

Nous pouvons prévoir des suites dangereuses, rupture dans la cavité pleurale ou abdominale, dans l'estomac ou son intestin si la tumeur provoque dans son voisinage de l'inflammation, alors apparaîtront les frissons et la fièvre, et on ne peut s'attendre qu'à une issue fatale. En de telles circonstances, nous n'hésitons pas à entreprendre la cure radicale par injection iodique.

Traitement et marche. — Jusqu'au 27 octobre, on fit alterner les injections de morphine et les applications réfrigérantes, mais avec un succès différent. Tantôt se manifestaient d'atroces douleurs, tantôt ces douleurs abandonnaient le malade en peu de temps pour revenir de nouveau avec des exacerbations.

Le 27, fut faite une ponction exploratrice vu l'état manifestement fluctuant de la tumeur et il s'écoula environ 6 à 8 cuillerées à café d'un liquide d'un jaune clair, transparent, séreux. En présence de ce résultat de la ponction, le diagnostic d'un kyste s'imposait et après examen microscopique on y découvrit des couronnes de crochets.

Peu de temps après la ponction eut lieu une légère hémorrha-

gie. Le sang coulait lentement et régulièrement et était d'une couleur assez foncée. Cette hémorrhagie cessa au bout d'une minute. On posa un peu de charpie on ponctionna et on la maintint solidement au moyen de sparadrap.

Une heure après, le malade a un violent frisson et des douleurs dans le bas ventre ; Il se cyanose ; le pouls devient petit et à peine sensible.

Une injection de morphine ne diminua pas les douleurs. Le lendemain la percussion de la moitié inférieure de l'abdomen devint sourde alors qu'auparavant elle était parfaitement normale, et on constata manifestement de la fluctuation.

Il est hors de doute qu'un épanchement s'est produit dans l'abdomen venant soit du kyste hydatique, soit d'extravasation sanguine. On peut être certain que cet épanchement n'est point produit par de la péritonite : jusqu'ici aucune manifestation de péritonité n'a eu lieu.

— La douleur ne doit pas être mise en compte ; car elle accompagnait constamment la maladie avant la ponction. — Et s'il y avait déjà de la péritonite, elle devait être en tout cas très légère et n'aurait pu donner une telle quantité d'exsudat en si peu de temps.

— Si le liquide ne provenait que du kyste, la tumeur devait présenter une notable diminution de volume ; et de fait, elle est plus petite, mais cependant pas en proportion de la quantité de liquide que l'on peut évaluer environ à 2 litres.

— Si le liquide avait été produit par une hémorrhagie dans l'abdomen, la perte d'une aussi grande quantité de sang aurait occasionné une différence sensible dans la coloration de la peau et dans le pouls, choses qu'il est absolument impossible de constater.

Il en résulte que l'origine du liquide contenu dans l'abdomen doit être attribuée au kyste hydatique. — Et cela pour la plus grande partie, comme le montre la diminution de la tumeur. — Qu'en outre il s'y est fait aussi une hémorrhagie, comme le prouve

la diminution du pouls et une coloration un peu moindre de la peau.

Le 29, l'épanchement dans la cavité abdominale diminue et le 31, la percussion est normale, la fluctuation n'est plus perceptible l'état général du malade s'est notablement amélioré. Il a meilleure mine qu'avant la ponction; les souffrances sont moins fortes et les applications réfrigérantes qui jusque là avaient toujours été employées furent supprimées.

Le 2 novembre la tumeur manifestement diminuée et ramollie présente exactement la forme de la rate, ce qui confirme entièrement le diagnostic posé.

Jusqu'au 27 décembre, le malade reçut en partie pour dormir, en partie pour calmer les douleurs de la morphie en injection sous-cutanée ou à l'intérieur.

La tumeur n'a pas changé de volume.

L'état général et l'appétit sont bons; le pouls oscille entre 76 et 80.

Pour assurer au patient la guérison radicale, on pratique de nouveau une ponction suivie d'injection iodique.

Le malade étant couché complètement sur le côté gauche, il sortit de la tumeur après la ponction 400 centimètres cubes de liquide jaune rougeâtre, trouble. Après complet écoulement de ce liquide, il fut injecté 5 onces de la solution suivante.

Teinture d'iode.	4 onces.
Aq. fontis.	8 onces.
Iodure potassium.	20 à 25 grains.

Après l'avoir laissée dans le kyste pendant 13 minutes, on ouvrit la canule qui laissa écouler quelques gouttes d'un liquide de couleur plus claire que celle de la solution injectée. Les plaintes du malade étaient pendant toute l'opération sensiblement moindres que pendant la ponction exploratrice.

L'opération fut terminée à 1 heure $\frac{3}{4}$ de l'après-midi et à 3 heures $\frac{1}{2}$ des réactions iodiques apparaissent déjà manifestement dans l'urine.

Le 28, le patient a une forte fièvre, des douleurs abdominales violentes et l'iode apparaît déjà dans les crachats — pouls 104.

Le 29, pouls 94, le malade est obligé d'uriner plus souvent, toujours cependant en petite quantité. Les crachats sont aussi abondants.

Jusqu'au 22 avril de nombreux changements se produisirent. Nous les résumons : d'abord parotidite, conjonctivite, gonflement des paupières, accidents qui ne tardèrent pas à décroître.

Contre les violentes douleurs on employa les injections sous-cutanées et les potions de morphine, des applications réfrigérantes et des grands bains, après lesquels le malade se sentit toujours sensiblement soulagé.

Il est tout à fait évident que la tumeur a diminué de volume, Maintenant l'état est stationnaire; le malade se trouve bien, il a de l'appétit il ne souhaite plus que de voir le reste de sa tumeur guérir.

On répète donc la ponction comme précédemment; il s'écoule 650 centimètres cubes de liquide trouble et on injecte ensuite une solution d'iode concentrée. Deux heures après salivation et réactions iodiques dans l'urine et les crachats. — Douleurs vives.

Le 24, la salivation est très diminuée; les douleurs abdominales sont plus faibles et sont apaisées par des applications froides.

Ainsi l'état du malade s'est jusqu'ici amélioré petit à petit; et, à sa grande joie, qui n'est pas moindre chez nous, il est devenu bien portant et fort.

M. le docteur Schrolter, aide de M. le professeur Skoda qui a observé ce cas avec le plus grand soin et un zèle infatigable, a présenté le malade à la société de médecine de Vienne.

OBSERVATION VI

Normandie Médicale, 15 mai 1889
Leprevost chir. de l'Hosp. Gen. du Havre

Kyste hydatique de la rate.

Mme D., demeurant au Havre, âgée de 26 ans, mariée depuis 7 ans vient me consulter dans le courant du mois de janvier 1887. Elle raconte qu'en 1882, à la suite d'une chute sur le bord d'un trottoir, elle éprouva des troubles digestifs variés et des douleurs dans la région épigastrique, qui l'obligèrent à consulter plusieurs médecins.

Ce fut dans une de ces consultations que vers le milieu de 1884, elle remarqua pour la première fois une augmentation de volume de l'hypochondre gauche et qu'elle fut amenée à soupçonner l'existence d'une tumeur dont elle surveille dès lors attentivement l'accroissement progressif.

Au moment de mon examen, la malade est dans l'état suivant : on constate une intervescence notable de la région splénique au niveau de laquelle les côtes sont refoulées en dehors, de telle sorte que la mensuration comparative des deux côtés de la base du thorax, dénote une différence de plus de 4 cent. en faveur du côté gauche. Au dessous du bord costal, la tumeur se dessine en relief sur une étendue de 4 travers de doigt. Son grand axe est oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

En arrière ses limites ne peuvent être précisées ; vers l'épigastre elle s'avance jusqu'à 4 cent. de la ligne blanche.

A son niveau la matité est absolue et se confond en haut avec la matité précordiale ; une zone sonore à concavité supérieure entoure sa 1/2 circonférence inférieure et la sépare nettement du foie dont le volume n'est pas augmenté.

Il n'existe pas de frémissement hydatique et la fluctuation est loin d'être évidente.

L'état général n'est pas mauvais ; la malade est de complexion délicate, elle est pâle, un peu anémique, mais elle assure n'avoir pas maigri ; ses règles sont normales dans le rapport de l'abondance et de la périodicité. N'était la tumeur dont la pensée l'inquiète, les troubles digestifs dont elle souffre depuis plusieurs années, le ballonnement du ventre qui suit les repas, quelques douleurs vagues dans le côté gauche qui l'obligent de renoncer au corset, elle ne se croirait pas malade ; aussi se refuse-t-elle énergiquement à la ponction exploratrice proposée en vue d'établir d'une façon positive le diagnostic de kyste hydatique de la rate, que, me basant sur les caractères physiques de la tumeur, l'absence du gonflement du foie, la conservation de la bonne santé générale, j'avais cru pouvoir formuler.

Je dois ajouter que la malade possède un chien qui ne quitte guère l'appartement qu'elle occupe.

C'est seulement au mois d'août suivant, que je revois mad. D..., bien décidée cette fois à subir la ponction si je la jugeais nécessaire.

La portion visible de la tumeur n'a pas sensiblement augmenté ; mais par la palpation on sent que celle-ci s'enferme profondément dans l'abdomen, et que sa masse réelle est de beaucoup supérieur à son volume apparent. En outre les douleurs sont devenues aiguës, plus continues, elles s'irradient vers l'épaule gauche et se font sentir aussi bien la nuit que le jour.

Une ponction capillaire faite avec une seringue de Pravaz, fournit un centimètre cube d'un liquide incolore, absolument limpide, qui traité par la solution de nitrate d'argent donne un précipité blanc caillebote. Aucune réaction inflammatoire, ni locale, ni générale. n'ayant suivi cette ponction, je pratiquai 12 jours plus tard, le 28 août, une nouvelle ponction avec la fine aiguille de l'aspirateur Potain.

Bien que la seconde ponction ait été faite au même point que la précédente, c'est-à-dire dans le 7^e espace intercostal, à deux tra-

vers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire, à mon grand étonnement, il ne sortit pas de liquide et je dus retirer l'aiguille sans oser pratiquer de nouvelle ponction sur d'autres points de la tumeur.

Dans les jours qui suivirent, la malade se plaignit de vives douleurs dans l'hypochondre gauche, en même temps apparaissaient de la fièvre (39° 2) de l'inappétence, de l'insomnie et une vive agitation.

La sensibilité de la région splénique était extrême ; mais les autres parties du ventre demeurèrent insensibles à la pression ; il y eut quelques vomissements bilieux, et pendant 2 ou 3 jours je constatai à la base du poumon gauche, un peu de congestion. Ces symptômes qui n'eurent rien d'alarmant cédèrent peu à peu à l'application d'un vésicatoire, à l'usage de la glace et de préparations opiacées, et quand une huitaine de jours après ces accidents, mon ami et ancien collègue, le docteur Laurand (de Paris) vit la malade, il put à son aise explorer la région splénique, constater l'existence de la tumeur et examiner la malade qui partit peu de temps après pour la campagne, où elle resta deux mois environ.

A son retour la tumeur avait sensiblement diminuée, la différence entre les deux hypochondres était presque nulle et la malade avait repris l'usage du corset.

J'ai eu tout récemment (décembre 1888) l'occasion de revoir M^{me} D. Elle se considère comme guérie et l'examen de la rate ne présente rien d'anormal.

Vu : *le Président de thèse,*

BALL

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

Vu : *Le Doyen,*

BROUARDEL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDRAL. — Hydatide dans le foie et dans la rate.
43 observ. Tom. 2. p. 507. 1839.
- BARRET ET BOSE. — Acephalocytes de la rate et du bassin. In Bulletin de la soc. anatomique de Paris 1828.
page 228.
- BROCA. — Kyste hydatique intra-splénique.
In Bull. Soc. anatomique p. 273. 1852.
- BAMBERGER. -- Die krankheiten der Milz. In Handbüch der Speziellen Path, und. Therap. 1864.
- BESNIER. — Article rate. Dictionnaire des sci. médicales.
- BRAULT. — Société anatomique. 1876, page 673.
- CHOUPE. — Kyste hydatique de la rate en voie de régression. In Bull. Soc. anat. 1870. page 230.
- CASANOVA ET BOUSQUET. — Therapeutique des kystes hydatiques. In Revue de chirurgie 1888.
- DE BEAUVAIS. — Kystes hydatiques multiples de l'abdomen. — In Bull. Soc. anat. p. 73. 1845.
- DEGAILLE. — Kyste hydatique de la rate. In Bull. Soc. anat, p. 112. 1850.
- DUPLAY. — Kyste hydatique de la rate. In Comptes rendus de la soc. de Biologie, 11 février 1885.
- DUBOUÉ — Bull. Soc. anat. 1854. p. 155.

- DOUBRE. — Kyste hydatique de la rate. In Gazette. hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1874. p. 199.
- DAVAINE. — Traité des entozoaires 1860.
- DUROZIEZ. — Kyste hydatique de la rate s'étant vidé par les bronches. In Gazette des hôpitaux 1870.
- FICK. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie 1886. p. 257.
- GAILLET. — Hydatides multiples de l'abdomen sans échinocoques. In Bull. Soc. anat. 1852. p. 519.
- GAILLET. — In. Bull. Soc. méd. de Reims 1873.
- GALLIOS. — De l'affection par le *Tœnia Echinococcus* et du traitement des kystes hydatiques en Islande. In Bull. Gen., Therap. Août 1879.
- HABERSON. — Kyste hydatique de la rate. In Guy's Hosp. rep. 1869. Tome 14 p. 213.
- JON FINSEN. — Kyste hydatique du foie et de la rate. In Ungeskrift for, Læger. Tome 3. 5863.
- KOEBERLÉ. — Kyste hydatique de la rate. Splénotomie Mort. In mem. de la Soc. méd. de Strasbourg, 1874. p. 34.
- KUHNE. — Milzechinococcus. Berliner, Klinische, Wochenschrift. 1877. p. 630.
- LACOMBE. — Kyste hydatique de l'abdomen. In Bull. Soc. anat. 1872. p. 425.
- LEUDET. — Kyste hydatique du foie et de la rate. In clinique, méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen.
- LAFARGUE. — Kyste de la rate. In gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 6 septembre 1885.
- LIHOTZKY. — Deutsche. Zeitschrift für chirur. 1886. page 128.

- LEPREVOST. — Normandie médicale, 15 mai, 1889.
- LUDERSEN. — De Hydatidibus dis-inaug. p. gottingin. 1808.
- MORGAGNI. — D. Sedibus et causis morborum 1821.
- MAGDELAÏN. — Thèse de Paris 1868. Des kystes séreux et acephalocystiques de la rate.
- MARTINEAU. — Kyste hydatique suppuré de la rate. In Union médicale 1873. p. 181.
- MADLUNG. — Beichtkrage, Mecklemburgischer aerzte für Lehre fon der Echinokokkenkrankheiten In cent. f. chirur. 12 sept. 1885.
- MALASSEZ et MARTIN. — Kyste hydatique de la rate. Bull, Soc. anat. 1877.
- POUMIER. — Bull. Soc. anat. 1840, p. 171.
- PINAUT et HOUEL. — Hydatides solitaires du foie, de la rate et des poumons. — Comptes-rendus soc. Biologie, 1854.
- PELTIER. — Pathologie de la rate. Thèse de Paris, 1872.
- POTAIN. — Soc. des Hôpitaux, 27 mars 1874.
- QUÉNU. — Traitement des kystes hydatiques du foie et de la rate, 10 avril 1889. Soc. chirurgie.
- ROMBEAU. — Kyste hydatique de la rate. In. comptes-rendus de la Soc. Biologie, 1854, p. 341.
- ROSENSTEIN et SANGER. — Ein fall fon geheilten. Milzechinococcus. — In Berlin. Klinis Wochenshif, 1862, n° 2.
- SKODA. — Echinococu lienis. — In allgemeine Wiener mediz. Zeitung, 1868.

VOISIN. — Kyste hydatique périphérique. — In. Bull.
soc. anat. p. 166, 1852.

VITAL. — Kyste hydatique de la rate. — In. Gaz. med.
de Paris, 1874, p. 286.

WASSILJEW. — Kyste hydatique de la rate. Central blatt
f. chirurg. 1886, p. 175.

